

Lorsque le sphincter anal est rompu, il y a incontinence des gaz et des matières liquides. Cependant, on constate quelquefois, grâce à la conservation de quelques fibres musculaires, que les malades parviennent à retenir les gaz et les matières lorsqu'elles sont au repos.

L'incontinence, d'une part, les complications lointaines, telles que prolapsus, rétrodéviation, métrite, d'autre part, constituent les principaux inconvénients des déchirures du périnée, inconvénients qui commandent une intervention radicale et rapide.

Traitement. — Il faut absolument distinguer la déchirure récente de la déchirure ancienne. Dans ces dernières, le traitement varie d'après le degré de la déchirure, déchirure complète ou incomplète.

Dans les déchirures récentes, immédiatement après la rupture, il est, à l'heure actuelle, admis que l'on doit faire, séance tenante, la restauration du périnée. Ce n'est que très rarement que l'on voit se produire la cicatrisation spontanée. Elle n'est réelle que si la déchirure est très superficielle, n'intéressant pas les couches musculaires. Quelquefois, on croit à une restauration qui n'est qu'apparente. La muqueuse vaginale et la surface cutanée s'adossent sur la ligne médiane et reconstituent un semblant de périnée. Mais c'est un périnée sans muscles, une façade qui cache la faiblesse de la charpente. Les muscles, après rupture, se rétractent très loin sur les côtés et ce n'est que par une intervention chirurgicale que l'on arrivera à les ramener vers la ligne médiane et à les maintenir. La suture immédiate n'a pas seulement pour but de remettre les parties en état; elle fait encore disparaître une plaie étendue, c'est-à-dire une large porte toute préparée pour l'infection. On a dit que des contre-indications à la suture immédiate pourraient résulter de l'état général de la malade, ou encore d'un degré marqué de contusion des tissus du périnée. Si la malade est dans un état de faiblesse très grande, on pourra, en effet, attendre quelques heures pour pratiquer la suture; mais on ne peut admettre que quelques points de suture placés rapidement aggravent en quoi que ce soit l'état de la malade. La contre-indication tirée de l'état local et d'un degré très marqué d'attrition des tissus pourrait avoir plus de valeur. Mais les faits sont là pour montrer que, même dans ces cas, la suture immédiate donne de bons résultats.

Cette suture se pratique, après nettoyage soigné de la région, avec une simple aiguille un peu solide ou, mieux, avec l'aiguille de Reverdin ou l'aiguille d'Emmet, et au moyen de solides fils de catgut ou, mieux, de crin de Florence. L'anesthésie n'est pas indispensable. On peut cependant diminuer la sensibilité cutanée par l'emploi judicieux de la cocaïne. Ce qu'il faudra faire avec grand soin, c'est de prendre largement, de chaque côté, une bonne épaisseur de tissu, de façon à doubler la muqueuse vaginale et la peau d'un corps musculaire résistant. Si la suture n'a pu être pratiquée dès les premières heures,

il vaut mieux remettre à plusieurs mois la réfection du périnée et ne pas recourir à ce que l'on a appelé la *suture immédiate secondaire*. Dans certains cas, lorsque la cicatrisation ne s'est pas encore produite, on a pu obtenir par ce procédé des résultats favorables (1). Il suffit, avant de pratiquer la suture, d'aviver les deux bords de la plaie en détruisant à la curette les bourgeons charnus.

Dans les déchirures anciennes du périnée, tout le monde est d'accord pour intervenir et restaurer le plancher pelvien. De nombreux procédés opératoires ont été imaginés dans le but de restaurer le plancher pelvien. Les uns n'ont plus qu'une valeur historique. Les autres peuvent être ramenés à deux méthodes fondamentales : l'*avivement* par excision de la muqueuse vulvo-vaginale et l'*autoplastie* par doublement de la cloison recto-vaginale, sans résection des tissus. Les procédés qui en dérivent varient selon qu'il s'agit d'une déchirure complète ou partielle.

Déchirures incomplètes. — La rupture incomplète n'étant, pour ainsi dire, qu'un stade plus avancé du relâchement périnéal, du prolapsus, tous les procédés de colpopérinéorrhaphie pourront être appliqués ici sans aucune modification. Nous nous arrêterons en détail sur le procédé d'Emmet modifié, surtout répandu en Amérique, sur le procédé de Hegar, sur la *colpopérinéoplastie par glissement* de Doléris ou de Lawson Tait.

PROCÉDÉ D'EMMET. — Voici comment on procède. Dans un premier temps, on taille sur la paroi postérieure du vagin un lambeau triangulaire dont la base curviligne correspond à l'orifice vulvaire, au niveau des vestiges de l'hymen et jusqu'à l'origine des petites lèvres; en haut, l'incision s'élève jusqu'à la partie moyenne environ des parties latérales du vagin et se termine par un sommet bifide; il en résulte deux triangles. Le tracé du lambeau pourrait être représenté par la lettre M dont les deux jambages seraient réunis par une ligne courbe.

La suture, dans ce procédé, est faite d'une manière spéciale. Un fil profond, au crin de Florence, est placé à mi-hauteur de chaque triangle. Cette suture de *traction* une fois serrée, la partie inférieure de la plaie se trouve relevée, ce qui facilite l'application des sutures d'*affrontement* qui se font à la soie fine (fig. 120).

PROCÉDÉ DE HEGAR. — Inspiré de celui de Simon, il est très employé, surtout en France. Après antiseptie très rigoureuse de la région, trois pinces à griffes, l'une au point le plus élevé de la paroi postérieure du vagin, les deux autres latéralement, à la réunion de la vulve et du vagin, vont jalonner un espace triangulaire qui délimitera l'avivement. Les trois points seront réunis par une incision. L'excision de la muqueuse se pratique ensuite, de préférence aux ciseaux, sous

(1) Ed. SCHWARTZ, *Revue de chir.*, 1885, p. 966.

une irrigation continue qui permettra de voir clair et de ne pas laisser échapper des ilots de muqueuse. Pour bien se rendre compte de l'épaisseur de la cloison et pour éviter la perforation du rectum, il est prudent d'introduire un doigt revêtu d'un condom dans le rectum.

La suture se fait dans le sens transversal, de manière à créer une certaine épaisseur au niveau de la paroi vaginale postérieure. Avec une grande aiguille d'Emmet, on place d'abord les fils qui seront les plus profonds dans le vagin, ceux qui correspondent au sommet du triangle; on les passe d'une lèvre à l'autre et en surjet sur la partie avivée. On continue ainsi jusqu'à la base du triangle avivé. Ici, la

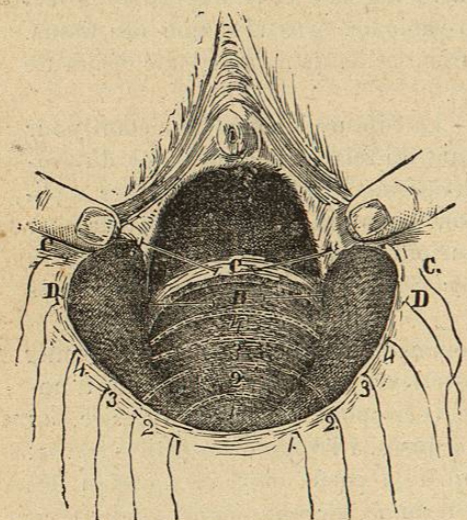


Fig. 120. — Opération d'Emmet pour diminuer l'orifice vaginal au moyen de sutures externes.

direction des fils change. On les fait passer de l'extérieur vers le vagin, de gauche à droite, de façon que toute l'épaisseur de la partie inférieure du vagin et du périnée soit prise dans l'anse du fil. Les sutures faites, les deux parois latérales du vagin se mettent en contact et, lorsque l'opération est terminée, le plancher pelvien se trouve très relevé, la vulve paraît comme fermée.

Le procédé de Martin diffère du précédent par la forme de la surface d'avivement qu'il divise en deux prolongements dirigés à droite et à gauche de la

colonne vaginale : les fils, étant appliqués sur une surface plus limitée, tiennent mieux (1).

PROCÉDÉ DE DOLÉRIS. — Cette modification si ingénieuse du procédé de Lawson Tait est applicable aussi bien pour les prolapsus vaginaux que pour les déchirures incomplètes.

Le but de cette opération est de raccourcir le vagin, de renforcer, de doubler le plancher périnéal par une partie de la paroi vaginale.

On mène une incision courbe à concavité supérieure au niveau du rebord vulvo-périnéal, incision qui remonte à mi-hauteur environ de la vulve. Dans un second temps, on pratique le décollement de la muqueuse vaginale du périnée et de la paroi recto-vaginale, en commençant aux ciseaux et en continuant avec l'index. Plus la dé-

(1) Voy. à l'art. PROLAPSUS, p. 441, la figure représentant le procédé de Martin.

chirure est grande, plus il faut remonter haut. Le décollement achevé, il s'agit de placer les fils d'une manière telle que le lambeau de muqueuse vaginale vienne doubler le plancher périnéal. C'est dans le placement des fils que consiste l'originalité du procédé Doléris. Voici comment l'auteur le décrit (1) : « L'aiguille pénètre latéralement à gauche de l'anus, chemine profondément dans la cloison recto-vaginale et vient accrocher le lambeau vaginal tout près du point extrême du décollement. Puis l'aiguille suit un trajet inverse et symétrique, qui la ramène du côté droit de l'anus. On peut se dispenser de pénétrer dans le vagin et se contenter d'accrocher la face profonde du lambeau vaginal. L'anse du premier fil, une fois serrée, devra ramener la paroi vaginale vers la commissure vulvaire, en même temps qu'elle servira à affronter les rebords opposés de la lèvre cutanée de l'incision. Un deuxième et un troisième fil sont placés d'une façon analogue et plus en dehors (2). »

Les fils étant serrés, on excise un petit bout de muqueuse vaginale qui dépasse toujours en haut et l'on pratique la suture de la peau.

Déchirures complètes. — Parmi les nombreux procédés, nous choisirons pour notre description les trois procédés classiques le plus usités, ceux de Simon-Hegar, d'Emmet et de Lawson Tait.

PROCÉDÉ DE SIMON-HEGAR. — Le premier temps de cette opération consiste en un *avivement* qui se fait suivant trois surfaces, dont deux, latérales, portent sur les côtés de la vulve et de l'anus, et une, médiane, sur le bord inférieur de la face antérieure de la cloison. Dans son ensemble, la surface d'avivement rappellerait vaguement les ailes déployées d'un papillon, dont le corps correspondrait à la partie inférieure de la cloison.

Pour bien tendre les tissus sur lesquels on doit opérer, un aide relève la paroi vaginale antérieure, pendant qu'on fixe la peau avec des pinces à griffes en les appliquant aux points extrêmes de la surface à aviver. Le lambeau ainsi tracé, on l'incise en enfonçant le bistouri à 2-3 millimètres et l'on continue ensuite la dissection de la muqueuse.

Quand la surface est bien égalisée, on arrive au deuxième temps, au *placement des fils*. Hegar se sert d'aiguilles courbes montées sur un porte-aiguille et munies d'un fil d'argent.

Trois rangées de sutures sont disposées de la façon suivante. On commence par placer les fils vaginaux, en faisant pénétrer l'aiguille dans la muqueuse à 3 millimètres du bord de la plaie et, après l'avoir dirigée à plat dans tout le fond de la plaie, on la fait sortir au point symétrique opposé. On place ensuite quelques fils dans le rectum. En partant du rectum, l'aiguille sera dirigée de bas en haut et, après avoir parcouru un certain trajet dans la plaie, sera enfoncée dans la

(1) DOLÉRIS, *Répertoire universel d'obst. et de gyn.*, 1889, p. 344.

(2) Voy. pour les figures : art. PROLAPSUS, p. 444, 445 et 446.

plaie du côté opposé. Les deux chefs des fils ainsi passés pendent dans le rectum.

Enfin, en dernier lieu, lorsque les fils vaginaux et rectaux seront en place et noués, on procédera à l'application des fils superficiels ou périnéaux. Ils seront enfoncés profondément, de manière à charger toute l'épaisseur des surfaces latérales avivées. Pendant qu'on serre

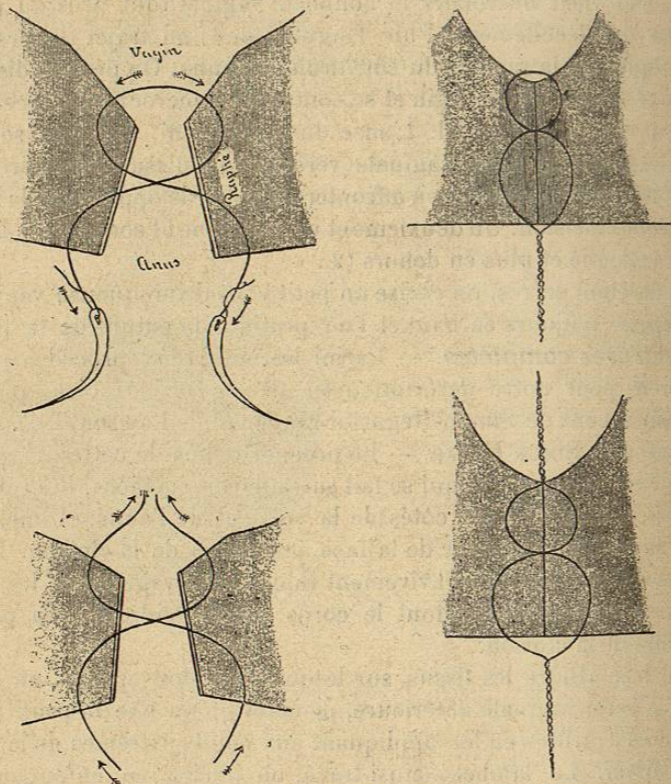


Fig. 121. — Sutures dans la périnéorrhaphie, d'après Lauenstein.

les fils, on aura soin de rapprocher les jambes de la malade, afin de diminuer la tension des tissus. Les sutures terminées, on exprime le peu de sang qui pourrait être retenu entre les lèvres de la plaie et on finit par un lavage antiseptique du vagin, du rectum et de la plaie périnéale. C'est alors que Hegar fait la section, sous-cutanée ou à ciel ouvert, du sphincter anal dans le but d'empêcher les tiraillements sur la suture rectale et de faciliter l'issue libre des gaz et des matières fécales dans les premiers jours de l'opération.

Le grand inconvénient du procédé de Hegar, c'est la disposition des sutures. Si elles sont faites au catgut, elles ne tiennent pas ; les fils d'argent sont mal tolérés du côté du rectum. Lauenstein (1) a

(1) LAUENSTEIN, *Centralbl. für Gynæk.*, 1886, n° 4, p. 48.

remédié à cet inconvénient par son procédé de suture *sous-muqueuse* (fig. 121) ; il avait surtout pour but d'empêcher l'infection du trajet des fils par les sécrétions vaginales et rectales.

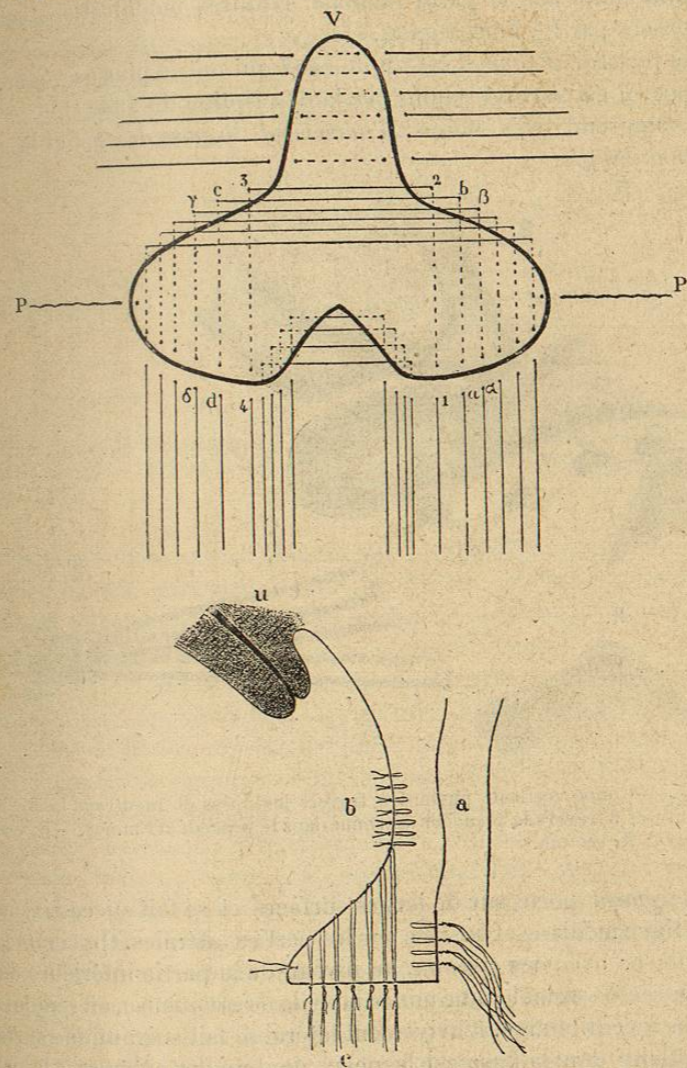


Fig. 122. — Déchirure complète du périnée, périnéorrhaphie. Procédé de Hildebrandt. Disposition générale des sutures. — V, vagin ; P,P, périnée ; u, utérus ; a, rectum ; b, vagin ; c, périnée (coupe verticale).

Hildebrandt pratique un avivement en forme de trèfle et fait des sutures périnéales très profondes embrassant toute la plaie (fig. 122).

Freund emploie un procédé analogue à celui de Hegar, avec cette différence qu'il donne à l'avivement, dans chaque cas, une forme qui reproduit le mieux l'aspect de la déchirure.

Martin fait une suture continue à étages superposés. En commençant par la paroi rectale, il continue par la paroi vaginale après avoir fait, si cela est nécessaire, une série de points intermédiaires, et termine enfin par la paroi vaginale. D'autres modifications ont été proposées par Le Fort, Richet, etc.

Le *procédé d'Emmet* est un de ceux qui ont le plus de vogue. En France, il est surtout connu par la description de Jude Huë.

Il comprend trois temps : l'*avivement*, la *pose des fils* et la *constriction des fils*.

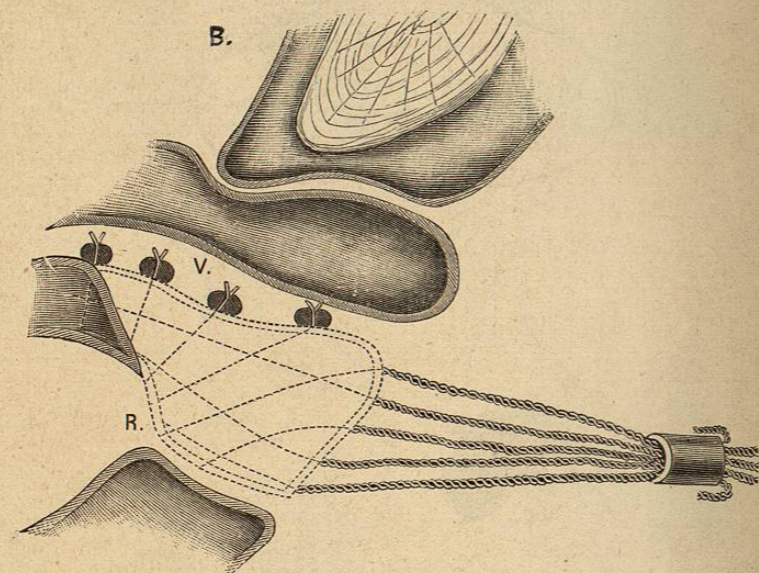


Fig. 123. — Coupe verticale passant à travers les pubis et montrant la direction des sutures à travers le plancher de l'anus dans le procédé d'Emmet. — B, vessie; V, vagin; R, rectum.

L'*avivement* porte sur de larges surfaces et se fait successivement sur la ligne médiane et ensuite sur les parties latérales. On commence par enlever avec des ciseaux, au niveau de la partie inférieure de la cloison recto-vaginale, une mince lamelle de muqueuse, en remontant jusqu'à 3 centimètres. L'avivement latéral se fait suivant une surface triangulaire dont la base est la peau, dont un des côtés suit la paroi vaginale et aboutit vers le 1/4 inférieur de la grande lèvre, tandis que l'autre côté, passant au-devant de la limite antérieure de l'orifice anal, vient rejoindre l'incision cutanée. Les deux triangles latéraux se trouvent reliés l'un à l'autre par l'avivement médian.

Les fils sont au nombre de six ; trois pour la partie postérieure du périnée, trois pour la partie antérieure ou vaginale. Les sutures sont placées d'arrière en avant et vont d'un bord de la plaie à l'autre, en traversant la cloison recto-vaginale.

Le fil le plus postérieur, le *fil d'Emmet*, est le plus important, car c'est de lui que dépend le bon fonctionnement du sphincter anal, qu'il est chargé de reconstituer. Il entre à gauche, par la surface cutanée, à 1 centimètre et demi environ en arrière et en dehors de la circonférence postérieure de l'anus, parcourt les trois quarts d'une circonférence en traversant les tissus de bas en haut et, après avoir passé dans l'extrémité inférieure de la cloison, il vient émerger sur un point symétrique à droite.

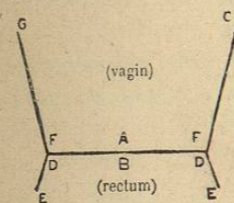


Fig. 124. — Forme de l'incision pour la périnéorrhaphie (Procédé de Lawson Tait).

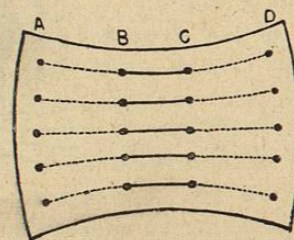


Fig. 125. — Placement des fils (Procédé de Lawson Tait).

Ces sutures sont faites par Emmet aux fils d'argent. La torsion des fils se fait de bas en haut. Il faut avoir soin de bien rapprocher, d'appliquer l'une contre l'autre les surfaces cruentées. La figure 123 montre la disposition des fils dans la suture d'Emmet.

Le *procédé de Lawson Tait* pour les déchirures complètes diffère peu de celui qu'il applique dans les ruptures incomplètes du périnée.

L'incision, au lieu de représenter un U majuscule, prend la forme d'un H, grâce à une légère prolongation par en bas des débridements verticaux. Les incisions latérales, partant du point d'union des grandes et des petites lèvres, ne s'arrêtent plus aux extrémités de la section transversale, mais se continuent au-dessous d'elle sur une petite hauteur. On obtient ainsi un H dont les branches inférieures sont plus courtes et plus écartées que les supérieures. Le dédoublement est effectué au bistouri d'abord, puis aux ciseaux.

La profondeur du dédoublement est en rapport avec l'étendue de la déchirure. La partie médiane de la cloison est dédoublée transversalement, les parties latérales dans le sens vertical en suivant la direction des incisions latérales.

Des sutures transversales réunissent cette surface avivée; elles sont placées profondément sous le contrôle de deux doigts introduits dans le rectum.

L. Tait se sert, pour les déchirures complètes, de crins de Florence. Il ne fait pas pénétrer l'aiguille dans la peau, mais dans la plaie même, en dehors des bords de l'avivement. Le premier fil doit traverser les extrémités du sphincter anal déchiré, dont la place est

facilement reconnue, avant l'avivement, grâce à une légère fossette dans la cicatrice.

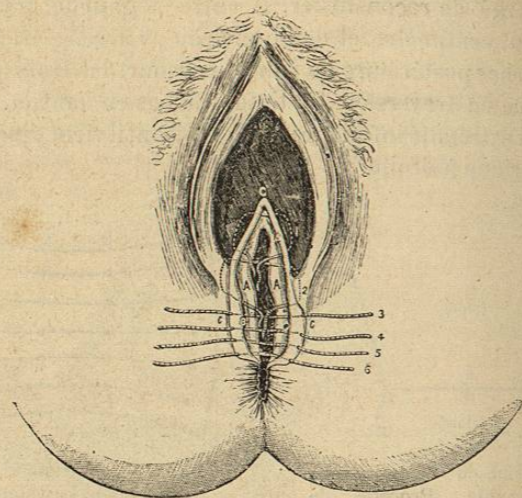


Fig. 126. — Périnéorrhaphie dans le cas de rupture très étendue du rectum (Procédé de Lawson Tait).

Le procédé de L. Tait est un de ceux qui donnent les meilleurs résultats.

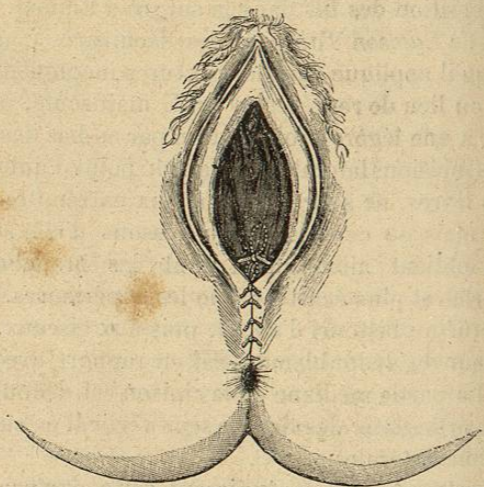


Fig. 127. — Résultat de l'opération (Procédé de Lawson Tait).

La modification que Pozzi apporte au procédé de L. Tait consiste dans la manière de placer les fils. Il pratique un dédoublement beaucoup plus étendu que ne le fait L. Tait.

Pour obtenir une coaptation exacte des tissus, il passe d'abord

deux ou trois fils d'argent profonds, qui entrent et qui sortent à un demi-centimètre des bords de la plaie et qui cheminent sous toute la surface avivée sans pénétrer, bien entendu, ni dans le rectum, ni dans le vagin.

Avant de les serrer, il fait une suture continue au catgut, à plans superposés, du fond de la plaie; à la fin, il réunit la peau par un surjet spécial au catgut ou par quelques points séparés aux crins de Florence.

Fritsch (1), Walzbey (2) et Routier (3) ont également modifié le procédé de Lawson Tait.

SOINS PRÉLIMINAIRES ET SOINS CONSÉCUTIFS DANS LA PÉRINÉORRAPHIE. — L'opération sera faite de préférence dans la première semaine qui suit la période menstruelle ou, au moins, douze à quinze jours avant les époques prochaines.

Pendant les huit jours qui précèdent l'intervention, la malade recevra, matin et soir, une injection chaude avec la solution de sublimé à 1/2000°. La veille, on lui administrera un lavement qui doit être rendu avant le moment de l'opération. La vulve et le pourtour de l'anus seront soigneusement rasés, brossés et lavés au sublimé, à l'alcool et à l'éther. Antisepsie rigoureuse du vagin. — Cathétérisme de la vessie. — Une fois l'opération terminée, on fait une injection au sublimé, on tamponne la cavité vaginale avec de la gaze iodofornée. Sur la vulve, on applique un pansement ouaté maintenu par un bandage en T. Il faut veiller à ce que les jambes de la malade soient rapprochées l'une de l'autre, afin d'éviter les mouvements involontaires d'écartement qui pourraient se produire au moment du sommeil. Le repos au lit est de rigueur jusqu'à la cicatrisation complète de la plaie. L'opérée sera sondée trois ou quatre fois par jour. Si cela n'est pas réalisable, on laissera une sonde à demeure que l'on changera de temps en temps.

On n'est pas d'accord sur le temps pendant lequel il faut maintenir la constipation. Beaucoup de chirurgiens la prolongent jusqu'à la cicatrisation de la plaie; d'autres administrent un léger purgatif cinq ou six jours après l'opération et empêchent ensuite de nouveau les évacuations pendant trois ou quatre jours. La plaie sera tenue dans une propreté absolue; après chaque selle, elle sera lavée au sublimé.

Les fils superficiels seront enlevés au bout de huit jours, les fils profonds resteront en place de douze à quatorze jours, à moins qu'ils ne commencent à irriter, à couper les tissus avant cette époque.

Érysipèle de la vulve. — La vulve est parfois le siège d'une localisation de la streptococcie. L'érysipèle y est souvent

(1) FRITSCH, *Centralbl. für Gynæk.*, 1887, n° 30, p. 473.

(2) WALZBEY, *Arch. für klin. Chir.*, 1888, Bd XXXVII.

(3) ROUTIER, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 1894.